DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS À IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MINAS GERAIS

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Enfermeira, Dra. em Enfermagem. Professor Adjunto (aposentada) da EEUFMG[FMR1]. Gerente da Atenção Primária à Saúde da SES/Minas Gerais.

RESUMO:

Este artigo aborda as estratégias utilizadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para o enfrentamento dos problemas da baixa resolutividade da atenção primária à saúde nos municípios mineiros. Destaca o Projeto Estruturador Saúde em Casa pelos investimentos realizados naqueles municípios que possuem equipes saúde da família e ainda o apoio técnico-pedagógico para contribuir na reorganização do modelo assistencial. Ressalta os desafios enfrentados para consolidar a estratégia num estado com uma marcada desigualdade social entre as regiões, na distribuição de renda e no acesso a bens e serviços.

Palavras-chaves: Saúde da Família, Saúde em Casa; Política Pública.

Desafíos Contemporáneos de la Implantación de la Salud de la Familia en Minas Gerais

RESUMEN:

Él artículo aborda las estrategias utilizadas por la Secretaria del Estado de Salud de Minas Gerais para el enfrentamiento de los problemas de baja capacidad de resolución de atención primaria a la salud en los provincias de Minas Gerais. El destaca el Proyecto Estructurador Salud en Casa por los investimientos realizados en aquellas provincias que tienen equipos de salud de la familia y el apoyo tecnico-pedagógico para contribuir en la reorganización del modelo asistencial. Él señala los desafíos enfrentados para

consolidar la estrategia en un estado con una marcada desigualdad social entre regiones, en la distribución de ingreso y en el acceso a los bienes e servicios.
Palabras clave: Salud de la familia, Salud en casa, Política pública.

Contemporary Challenges to the implementation of Family Health in Minas Gerais

ABSTRACT: This article addresses the strategies used by Secretary of State of Minas Gerais for dealing with low resoluteness problems from primary health attention in the municipalities of Minas Gerais. It points out the Structuring Project Health at Home for the investments made in those municipalities that have the family health programs team and also the technical pedagogical support to contribute to the assistential model's reorganization. It also highlights the challenges faced to consolidate the strategy in a state marked by social inequalities between regions, by income distribution and access to goods and services.

Key words: Family health, Health at home, Public politics.

INTRODUÇÃO

Nem tudo que enfrentamos pode ser modificado, mas nada pode ser modificado se não for enfrentado.
Martin Luther King

O ambiente hospitalar, historicamente, foi sempre considerado o cenário ideal para a formação das profissões da área de saúde. O movimento sanitário pela melhoria do acesso da população aos serviços de saúde trouxe posicionamento de organismo nacional e internacional de difusão da Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada no Sistema de Saúde[FMR2], com vista na satisfação das necessidades de saúde da população.

As evidências internacionais e nacionais quanto aos benefícios de trabalhar com APS estão amplamente difundidas nos trabalhos de Starfield (1) e de Mendes (2).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou a Atenção Primária à Saúde como a principal estratégia para facilitar o acesso à população e aos serviços de saúde e ao mesmo tempo reduzir a iniqüidade, melhorar indicadores sociais e possibilitar melhorias na qualidade de vida das populações.

Machado (3) comenta que, com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), houve de fato uma inversão no "parque sanitário brasileiro" com a descentralização dos hospitais, ambulatórios, leitos e empregos de saúde, que foram centralizados nos municípios.

A autora menciona também que nos movimentos identificados neste processo de descentralização merecem destaque na expansão do setor saúde, a desospitalização do sistema, adotando nova orientação priorizando a assistência ambulatorial, sem, contudo, significar uma efetiva substituição da assistência hospitalar pela ambulatorial. Ressalte-se que houve uma forte municipalização da saúde, que teve de aumentar a rede de atenção à saúde para adequação a essa nova realidade.

A trajetória de implantação do SUS, segundo Pierantoni, et al. (4), tem no financiamento, na responsabilidade de gestão e no pacto intergestores, os focos dos mais privilegiados, posto que demanda uma organização local de estruturas político-administrativas capazes de assumir compromissos traduzidos pela autonomia, competências e responsabilidades que a nova ordem social legitima pelas leis.

As disparidades geográficas, as dimensões territoriais, a concentração de populações feita de maneira irregular, visualizadas neste imenso país, acrescidas nas formas de concentração de renda, demandam, por si só, políticas que atendam estas diversidades.

O processo de consolidação do SUS trouxe, sem dúvida, na sua gênese, grandes desafios de como implantar um modelo de saúde universal, descentralizado com atenção integral, com controle social. Ao mesmo tempo, incorpora as transformações tecnológicas advindas da modernidade científica que o cidadão vê, no dia-a-dia, nos noticiários, o surgimento de novos procedimentos, novos instrumentos intervencionistas que, na maioria das vezes, são supérfluos e não padronizados no SUS.

O papel do Estado está também na transformação desta visão do cidadão para que ele possa enfrentar a competividade e incorpore o predomínio da prevenção e da promoção da saúde, autocuidando-se, sem desresponsabilizar-se pela oferta, quando necessária, de procedimentos de maior complexidade.

DESENVOLVIMENTO

A Estratégia Saúde da Família, conhecida até 2006, antes da definição da Política Nacional da Atenção Básica, como Programa Saúde da Família (PSF) tem como finalidade contribuir na organização dos sistemas locais de saúde possibilitando um acesso igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, ofertando ações de saúde de qualidade com priorização por classificação de risco.

Cohn (5) comenta que a sociedade brasileira apresenta um dos mais altos índices de desigualdade social e por isso precisa efetivamente implantar políticas sociais e de saúde que priorizem os segmentos sociais mais vulneráveis, num primeiro momento, e as implantem na lógica da universalidade e da eqüidade na atenção à saúde.

Destaca ainda que

> (...) esse não é um processo que se dê como um passo de mágica, nem depende tão-somente da vontade política dos governantes de plantão, mas depende, sobretudo, de uma sociedade que participe de forma cidadã e responsável para que os direitos sociais se constituam como uma nova realidade marcada por maior justiça social (Cohn, 2006:257).

Não resta dúvida que a saúde é afetada pela posição social dos indivíduos. Portanto, as desigualdades sociais na saúde são as diferenças acarretadas pela inserção sociais dos indivíduos.

O fortalecimento da gestão municipal para desenvolver ações relativas não apenas à saúde está a exigir novos olhares, novos investimentos e parcerias com os setores da sociedade civil para atender as especificidades desses cenários díspares.

MINAS FAZENDO A DIFERENÇA

O estado de Minas Gerais tem 19.520.198 habitantes[FMR3]. Para gerenciar a saúde, a Secretaria de Estado de Saúde se divide em 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS), com o intuito de descentralizar as funções de assessoramento e a regulação de forma a constituirem-se uma rede de atenção solidária que permita aos municípios buscarem soluções para os seus problemas gerenciais e assistenciais o mais próximo possível[FMR4], dada as longas distâncias que os separam da capital.

Minas Gerais congrega o maior número de municípios do território nacional: são 853 territórios distintos em conformação populacional, variando de 853 pessoas (Serra da Saudade) pessoas e de aproximadamente 2.500.000 milhões como é o caso de Belo Horizonte.

Fazendo uma divisão imaginária no mapa de Minas em quatro partes, pode-se visualizar 4 realidades distintas que se concretizam no ajuntamento apenas pela “mineiridade”.

No Norte de Minas muitos municípios ainda padecem de falta de água, falta de estradas e de acesso a serviços de saúde de maior complexidade, mas não se pode negar que é desses rincões que brotaram e brotam os grandes cantores, a produção do melhor artesanato do Estado e da maior afetividade e solidariedade humana que a história pode nos confirmar.

No Sul de Minas, os mineiros que lá vivem, na sua grande maioria, não conhecem a capital do estado, dada a proximidade com outros grandes centros do país, ou seja, São Paulo e Rio de Janeiro. Nesta região, a água é mineral e também é possível conviver com as 4 estações do ano, marcadas pelas estações hidrominerais, pelas flores

bem cultivadas e pelas concentrações de instituições de ensino, na sua maioria de natureza privada, formando um grande contingente de profissionais da saúde.

Na região Oeste, onde está o Triângulo Mineiro, a terra é fértil e tudo que se planta germina. Situa-se no Triângulo o maior pólo agro-industrial do estado. Anualmente realiza-se em Uberaba uma exposição de gado Zebu na qual todos os presidentes e presidenciáveis participam desse grande evento. Uma novilha chega a ser vendida por milhões de reais. Lá se convive com grandes usinas de álcool, com o plantio da soja, com a cultura do café e com uma cultura acadêmica marcante, pela existência de grandes universidades públicas e privadas levando para essa região a juventude estampada no rosto dos munícipes.

Para o lado Leste do estado encontram-se pólos industriais, em que a indústria moveleira é dominante e a cultura do café também integra o cenário. A proximidade e as condições de acesso têm levado os mineiros dessa região a freqüentarem mais a cidade do Rio de Janeiro do que a capital mineira.

Essas diversidades nas realidades social, cultural e econômica poderiam diferenciar o paradigma da saúde nessas regiões. No entanto, em todas as regiões a população encontra nos Prontos Atendimentos e nos hospitais de todos os portes a porta de entrada para a "pseudo" cura dos seus males. Reconhece-se que a história não se apaga, mas pode-se construir outra com mais cidadania.

Minas Gerais tem construído a sua história na saúde pública brasileira, enfrentando diversidades e trazendo o cidadão mineiro para fazer parte desta história, independente da sua inserção social.

O SAÚDE DA FAMÍLIA CONTRIBUINDO NA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA MINEIRA

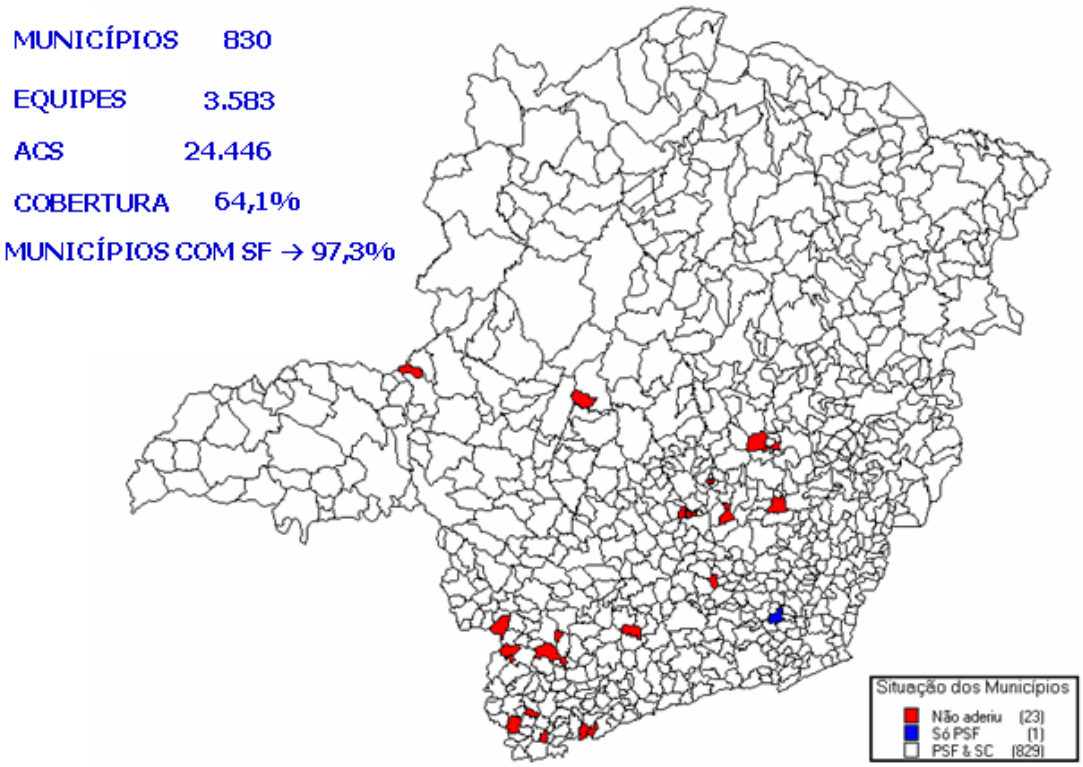
Minas Gerais, desde 1995, trouxe para si a responsabilidade de contribuir com os municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família como uma primeira aproximação para reorganização do modelo de atenção à saúde.

Naquela época, o Estado, pela Lei Robin Hood (Lei nº 12.040, de 28 de dezembro de 1996) inicia o repasse de incentivo financeiro aos municípios, por equipe de saúde da família implantada.

Em 1998, a implantação do incentivo federal por equipe e escalonado por cobertura, possibilitou um aumento significativo do número de equipes por município,

possibilitando ainda uma ampliação da população coberta pela Estratégia Saúde da Família.

Total de municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais. Outubro de 2007[FMR5]**.**



Este quantitativo de 3.538 equipes e uma cobertura de 64,0% da população total do Estado permite afirmar que aqueles municípios que antigamente não contavam com atenção de profissionais de saúde hoje já se regozijam de poder ter atenção à saúde dos seus munícipes. No entanto, algumas dificuldades persistem como a ausência doprofissional médico residente.

Ressalte-se ainda o grande número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se agregam às equipes, totalizando 24.446 trabalhadores. Esses ACS encontram-se, na sua maioria, em processo de capacitação, mas a precarização das suas relações trabalhistas é uma preocupação constante dada a vulnerabilidade a que estão submetidos.

O governo de Minas, gestão 2003-2006, trouxe a incumbência de fortalecer a APS, priorizando a implementação das equipes de Saúde da Família e instituindo o Projeto Estruturador "Saúde em Casa", idealizado para propiciar melhoria na qualidade da atenção primária à saúde e alocando recursos financeiros com base no princípio ordenador da eqüidade.

Barata (6) comenta que o conceito de eqüidade, por sua vez inclui

> a idéia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades.

Conhecedor da iniqüidade regional existente no estado, o governo de Minas institui um incentivo no qual a "coluna vertebral" de sustentabilidade foi a oferta desse incentivo atendendo ao princípio da eqüidade. Para classificar os municípios, foi elaborado pela Escola de Governo – Fundação João Pinheiro – um estudo em que o critério denominado como fator de alocação (FA) foi construído a partir da associação de dois índices: Índice de Necessidade de Saúde, que é um Indicador composto por um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, e o Índice de Porte Econômico, que corresponde ao valor *per capita* do ICMS de cada município, trabalhado por uma expressão logarítmica (7).

Os municípios foram divididos em 4 grupos, nos quais os com maior necessidade recebem maior aporte financeiro por equipe, conforme demonstrado abaixo:

Grupo	**Fator de alocação**	**Valor do incentivo (R$)**
1 (1º quartil)	1,0805 a 1,3364	1.000,00
2 (2º quartil)	1,3364 a 1,4392	1.250,00
3 (3º quartil)	1,4392 a 1,5893	1.750,00
4 (4º quartil)	1,5893 a 2	2.000,00

A instituição de um incentivo por equipe, a partir de 2005, com recursos do tesouro estadual representa um investimento de mais de R$ 4 milhões de reais mensalmente repassados aos municípios para serem utilizados exclusivamente na melhoria da atenção primária à saúde. O tempo é um limite para avaliar resultados. É

preciso esperar as gerações futuras de cidadãos para dizer se realmente houve mudança no paradigma da saúde e afirmar se: **A CAMINHADA FOI PROFÍCUA**[FMR6].

REALIDADES DISTINTAS, PROBLEMAS DISTINTOS

A qualidade da atenção à saúde e a resolutividade podem estar diretamente ligadas ao acesso ao serviço de saúde.

A expansão do número de estabelecimentos de saúde no estado, feita de maneira desordenada sem a supervisão direta da Vigilância Sanitária, trouxe ambiências inadequadas ao atendimento dos usuários e aos profissionais para a oferta das ações de saúde.

Um projeto ambicioso de melhoria de infra-estrutura física de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização das ações da atenção primária à saúde foi implementado pelo governo estadual para suprir a deficiência identificada, culminando em um investimento de R$ 89.500.000,00 (oitenta e nove milhões e quinhentos mil) reais para construção, reforma e/ou ampliação de **569** UBS, no exercício de 2005/2006. A alocação desses investimentos também se deu a partir do somatório de critérios em que foram priorizados: o Fator de Alocação, a cobertura populacional pela estratégia saúde da família e o número de equipes existentes nos municípios.

Para 2007 e 2008 estão previstos investimentos de R$ 86.140.000,00 (oitenta e seis milhões e cento e quarenta mil) reais para apoiar os municípios na melhoria da infra-estrutura física de UBS.

As distâncias nos territórios-processos, muitas vezes, dificultam o acesso dos profissionais das equipes de saúde aos domicílios dos usuários acamados ou com problemas emergentes que precisam de atenção domiciliar a partir de agendamento.

Priorizando este tipo de assistência, foram doados aos municípios **863** veículos para possibilitar esse atendimento. A distribuição do quantitativo de veículos se deu pelo número de equipes existentes nos municípios, na relação de 1 veículo para cada 5 equipes.

A fragmentação do conhecimento incorporada à formação dos profissionais vem exigindo mudanças substanciais vinculadas ao saber-fazer destes profissionais para adaptação à realidade social. O ensino do processo de adoecer [FMR7]das pessoas sempre foi focado nos atendimentos por condições agudas e mórbidas e decorre de interesses corporativos sobre enfermidades, em detrimento da atenção integral à saúde das pessoas. Permanecem encobertas as reflexões sobre o território-habitat, a história de vida, a inserção social dos cidadãos, entre outras (8).

A partir de 2006 iniciou-se em algumas microrregiões assistenciais a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Este se constitui em uma série de Oficinas Pedagógicas que trabalham com metodologias participativas cunhadas na educação para adultos. Trabalha-se nestas Oficinas desde a concepção da Atenção Primária à Saúde que se deseja incorporar no processo de trabalho em saúde até a efetivação da programação da assistência concebida e alinhada a partir do cadastramento das famílias dentro do território-processo e do acolhimento por classificação de risco. Até o final de 2009, todos os profissionais das equipes terão participado das Oficinas do PDAPS. Para a concretização desta premissa, estão sendo contratadas Instituições de ensino para serem os replicadores das Oficinas nas microrregiões assistenciais de saúde.

Um programa inovador de Educação Permanente para médicos está sendo implantado em microrregiões assistenciais com vistas a superar os desafios da fragmentação do conhecimento e, ao mesmo tempo, possibilitar a implantação de diretrizes clínicas norteadoras de condutas assistenciais para os profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família. Objetiva, ainda, incutir nesses profissionais, dentro da sua programação de trabalho, o horário de estudo e de solidariedade com os seus pares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da Estratégia Saúde da Família na Política Nacional de Atenção Básica à Saúde reforçou, sobremaneira, a sua institucionalização e possibilitou a pactuação de compromissos com os Estados e municípios para organização das políticas de gestão nos diferentes cenários do SUS. Não resta dúvida que o financiamento estadual vem contribuindo substancialmente para maior adesão no âmbito municipal.

No entanto, muitos desafios ainda estão postos e precisam ser enfrentados com severidade para que a história da saúde pública de Minas Gerais de fato alcance o patamar tão sonhado por todos os mineiros, principalmente para aqueles que fizeram de seus ideários profissionais a concretude da implantação do SUS como um direito de cidadania.

Os desafios mais relevantes são os seguintes:

a. estruturar a Atenção Primária à Saúde, pela Estratégia Saúde da Família, independente das oscilações políticas partidárias dos municípios;
b. implantar uma rede poliárquica de atenção à saúde que permita ao cidadão encurtar o caminho na busca da solução de seus problemas de saúde;
c. implantar, a curto prazo, uma política de promoção da saúde na qual o cidadão assuma o compromisso com a sua saúde, compartilhando com os profissionais de saúde a co-responsabilização pelo seu processo saúde-doença;
d. implantar um sistema ágil de transporte sanitário que permita ao cidadão o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde;
e. avançar na preparação dos profissionais de saúde, colocando-os no cenário do SUS como "lócus" de excelência para a formação desses profissionais; e
f. desprecarizar o trabalho com a implantação de políticas públicas de inserção dos trabalhadores de saúde por concurso público.

É preciso ainda conciliar as políticas públicas de bem-estar social nas regiões com maiores desigualdades sociais imprimindo, assim, políticas de inclusão social e de cidadania, de forma a tornar o cidadão um ente político e responsável pelo seu próprio projeto de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

2. MENDES, EV. A atenção primária à saúde no SUS.. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

3. MACHADO, M H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **In:** LIMA, NT. (Org). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 257-84.

4. PIERANTONI, CR.; VARELA, TC.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. **In:** Cadernos de RH Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, v.3, n.1, mar. 2006.

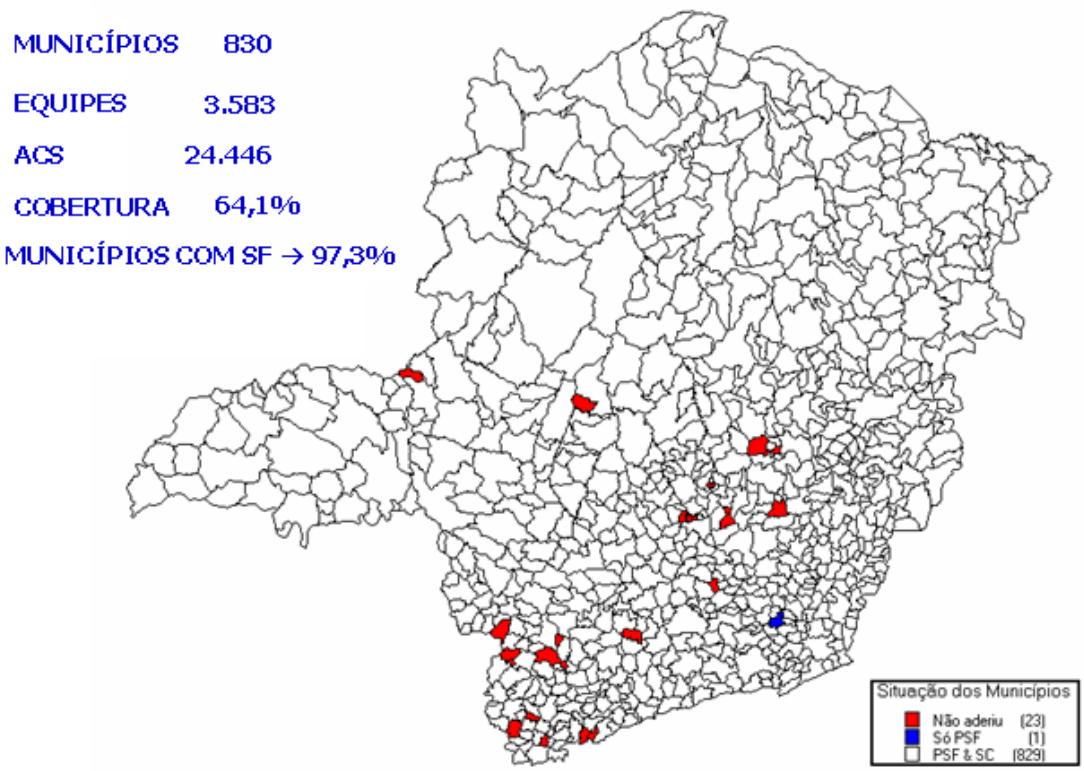
5. COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. **In**: CAMPOS, GW. de S. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 257.

6. BARATA, RB. Desigualdades sociais e saúde. **In**: CAMPOS, GW. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 462.

7. MACHADO, EN. da M.; FORTES, FBCTP.; COSTA, M. GF.; ANDRADE, MV.; NORONHA, KVM. de S.; MORO, S. Fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/CEDEPLAR, 2004 (mimeo).

8. MERHRY, EE. Cartografia do trabalho vivo em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2000.

Total de municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais. Outubro de 2007[FMR8]**.**


MUNICÍPIOS 830
EQUIPES 3.583
ACS 24.446
COBERTURA 64,1%
MUNICÍPIOS COM SF → 97,3%
Situação dos Municípios
Não aderiu (23)
Só PSF (1)
PSF & SC (829)

.